

ANNEE 1970

THESE

N^o

746

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Pierre LASFARGUES

Né le 26 juin 1939 à PARIS XVIe

Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

A PROPOS D'UNE STATISTIQUE

HOMOGENE DE PROLAPSUS GENITAUX

(537 cas)

Président : M. LEPAGE, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Pierre LASFARGUES

Né le 26 juin 1939 à PARIS XVIe

Interne des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

A PROPOS D'UNE STATISTIQUE

HOMOGENE DE PROLAPSUS GENITAUX

(537 cas)

Président : M. LEPAGE, Professeur

THESE

ANNÉE 1870

DOCTORAT EN MÉDECINE



A ma femme,
A mes enfants.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551514_0015

A mes parents,

A Monsieur le Professeur Legendre

Professeur de chimie organique à la Faculté de
Sciences de Paris
Membre de l'Académie des sciences.

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

Je vous prie de lui en adresser mes très vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur LEPAGE

Professeur de clinique obstétricale à la faculté de
médecine de Paris,
Membre de l'académie de médecine.

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.

En témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur agrégé BUREAU

Gynécologue accoucheur des hôpitaux

qui m'a inspiré ce travail et a su me guider tout
au long de mon internat par ses conseils aussi justicieux
qu'enthousiastes.

Qu'il trouve ici le témoignage respectueux de ma gratitude
et de ma profonde admiration.

A Monsieur le Docteur RENE

Chirurgien de l'hôpital de la Croix-Saint-Simon

qui m'a ouvert les portes de son service et m'a
confié les documents indispensables à la réalisation
de ce travail.

Qu'il veuille bien recevoir l'expression de ma très vive
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Fondation Curie

Monsieur le Docteur MOYSE

Monsieur le Docteur PILLERON

Monsieur le Docteur DURAND

Leurs qualités humaines, leur habileté opératoire
marqueront la fin de mon internat.

Avec ma respectueuse admiration et ma fidèle reconnaissance
pour la formation et l'exemple qu'ils me donnent.

A Monsieur le Professeur agrégé, THOYER-ROZAT

A Monsieur le Professeur agrégé, SENEZE

En témoignage de mon sincère et respectueux attachement.

A mes Maîtres dans les hôpitaux :

Monsieur le Docteur GROSSIORD
Monsieur le Professeur DEGOS
Monsieur le Docteur BLANCHON
Monsieur le Docteur GRENET
Monsieur le Professeur LAPLANE
Monsieur le Professeur LEMAIRE
dont j'ai été l'externe

Monsieur le Professeur VARANGOT
Monsieur le Docteur SARRADIN
Monsieur le Docteur LARGET
dont j'ai été l'interne

Pour les remercier de tout ce qu'ils m'ont appris.

I N T R O D U C T I O N

Que faire devant un prolapsus genital ?

Comment assurer un maximum de chances de succès thérapeutique en tenant compte des exigences personnelles de la femme et du type anatomoclinique de son prolapsus ?

Le but de ce travail n'a pas l'ambition d'apporter une solution à ce difficile problème, mais de montrer ce qui s'est fait depuis 10 ans en matière de prolapsus dans un service de chirurgie générale de la région parisienne. Cette statistique homogène porte sur 537 cas dont l'étude sera divisée en 5 parties :

- Classification des prolapsus genitaux.
- Description des techniques particulières appliquées par l'équipe chirurgicale dans les différentes interventions réalisées.
- Répartition statistique des cas étudiés
- Appréciation des résultats après nouvel examen des patientes convoquées.
- Conclusion

CLASSIFICATION DES PROLAPSUS ETUDIES

D'emblée nous voudrions insister sur l'homogénéité de cette étude puisque la même équipe -constituée de 3 opérateurs a :

- examiné les patientes
- porté les indications thérapeutiques
- réalisé les interventions suivant la même technique.

Une telle homogénéité nous paraît indispensable tant pour assurer une certaine unité dans la réalisation des dossiers que pour apprécier la valeur réelle de tel ou tel type d'intervention. En effet la technique identique permet de diminuer autant que faire se peut l'apport personnel que chaque chirurgien amène dans la réalisation d'un type d'opération.

Comment classer ces 537 dossiers ? Il nous est apparu plus simple et plus utile de ne retenir pour cette classification que les éléments essentiels, la multiplication des paramètres aurait fait de chaque prolapsus un cas particulier tout en laissant intervenir des éléments dont l'incidence sur l'indication thérapeutique n'aurait pas été primordiale. Trois critères nous ont guidés :

- L'âge
- Le type clinique du prolapsus
- Le terrain anatomique particulier sur lequel survenait ce prolapsus.

L'AGE

C'est un élément important où les chiffres n'ont pas la même signification pour toutes, et, où la notion de vie sexuelle sera fondamentale. La division classique en deux périodes, avant la ménopause et après la ménopause ne se justifiait guère ici, puisque les 5/6 des femmes opérées étaient ménopausées. 4 tranches de vie ont donc été retenues, un peu arbitrairement d'ailleurs :

- Avant 45 ans soit 86 cas. C'est-à-dire jusqu'à l'âge pré-ménopausique ou ménopausique, correspondant à la période disons "active".
- De 45 à 60 ans soit 203 cas où la conservation anatomique de la filière vaginale s'impose, sauf cas exceptionnels.
- de 60 à 70 ans soit 143 cas où il est souvent difficile de savoir ce que l'on peut faire ou non anatomiquement.
- Au delà de 70 ans soit 105 cas où le renoncement est généralement admis.

LE TYPE CLINIQUE DE PROLAPSUS

Elément capital qui conditionne ce qu'il faut faire ou ne pas faire, et seul un examen clinique précis intéressant la sphère génitale dans son ensemble c'est à dire au niveau des 3 étages antérieur, moyen et postérieur, permettra de faire un bilan précis du prolapsus avant de décider de l'intervention possible. C'est en fonction de l'étage périnéal intéressé qu'est fondée notre classification. La fréquence des formes associées, c'est à dire intéressant plusieurs étages, nous a amené à préciser l'étage dont la chute était la plus importante. Ainsi donc avons nous séparé pour l'étage antérieur :

Les colpocystocèles pures.

Les colpocystocèles associées à un prolapsus de l'étage moyen
mais prédominantes

pour l'étage moyen :

Les prolapsus uterins purs

Les prolapsus uterins associés à un prolapsus de l'étage antérieur mais prédominants.

pour l'étage postérieur :

Les rectocèles

Les elytrocèles.

qu'elles soient pures ou associées, leurs traitements bien particulier les individualisent des autres formes de prolapsus.

C'est volontairement que nous n'avons pas donné de chiffres ici, pensant qu'il serait plus facile et plus clair de les grouper dans des tableaux statistiques complets.

Le Terrain anatomique particulier sur lequel survient ces prolapsus élément essentiel qui rend compte d'une difficulté supplémentaire, par les problèmes nouveaux qu'il pose et les difficultés opératoires que peuvent entraîner des tissus remaniés. C'est le cas :

- des formes récidivées soit 18 cas.
- des prolapsus survenant après hystérectomie totale soit 13 cas.
- des prolapsus survenant après hystérectomie sub-totale soit 34 cas.

Au terme de cette classification, reste un élément majeur que nous avons systématiquement recherché chez toutes nos patientes. Il s'agit de l'association éventuelle du prolapsus genital et d'une incontinence d'urines orthastatique ou d'effort.

On connaît les éléments classiques de différenciation, ainsi cette incontinence peut être :

- Patente accompagnant la descente "d'organe" et demandant à être traitée dans la même séance opératoire.

- Latente ou virtuelle, avec son risque d'apparition secondaire au decours de l'intervention.

Variable dans son intensité, elle compte essentiellement par son existence, qu'elle soit :

- du 1er degré apparaissant à la station debout lors d'un effort important.
- du 2ème degré ou l'effort est plus modéré.
- du 3ème degré ou elle est constante en position debout mais apparaît en position couchée pour un effort minime.

L'incontinence d'urines a été associée dans 97 cas, soit un pourcentage de 17 %. Notre but ici n'est pas d'expliquer son mécanisme, ni même de rechercher les causes éventuelles, pourtant il nous paraît utile d'insister sur la difficulté d'obtenir une réponse nette à une question aussi concrète que l'existence ou non d'une perte d'urines. 97 fois retrouvée, la répartition s'établit de la façon suivante :

Avant 45 ans	:	32 incontinenances d'urines
De 45 à 60 ans	:	35 incontinenances d'urines
De 60 à 70 ans	:	22 incontinenances d'urines
Au delà de 70 ans	:	incontinenances d'urines

Ainsi contrairement à ce que l'on pouvait supposer c'est après 60 ans que l'association paraît la moins fréquente, et nous pensons qu'essentiellement des raisons d'ordre psychologique peuvent expliquer de tels chiffres. En effet ces incontinenances posent un difficile problème. Seules celles du type 3, avouées spontanément ou presque par les patientes sont facilement identifiables et par la même sera-t-il possible simplement de juger de la qualité de la thérapeutique proposée. Pour les autres stades, qu'ils s'agissent du stade 1 ou 2, il est beaucoup plus difficile de les déceler. Bien plus les questions posées surprennent souvent ces femmes pour qui les fuites d'urines transitoires paraissent naturelles et n'entraînent pas, semble-t-il, une gêne fonctionnelle suffisante pour avoir le besoin de la préciser. L'interrogatoire est

alors très difficile à mener et souvent même à son terme il est impossible de dire s'il existe ou non une incontinence. C'est peut-être là le vaste cadre des incontinenances potentielles dont on aimerait scientifiquement authentifier la réalité. Les épreuves complémentaires notamment radiologiques et manométriques pourront elles y parvenir ?

TYPES D'INTERVENTIONS PRATIQUES

Avant d'exposer ce qui est réalisé sur le plan chirurgical un principe essentiel doit être souligné : c'est l'absence de gravité du prolapsus genital, la gêne seule qu'il entraîne ne doit en aucun cas faire courir à la patiente des risques vitaux. On voit donc la nécessité d'un bilan médical soigneux avant de décider de la cure chirurgicale et ce d'autant plus qu'il s'agit souvent de personnes âgées ou d'un certain âge.

L'absence de lésion organique touchant la sphère genital sera également recherchée. Il est évident qu'une chirurgie réparatrice ne peut se faire que sur des organes sains. C'est dire qu'au bilan local clinique on adjoindra les examens de base de dépistage en matière de gynécologie : essentiellement des frottis vaginaux avec biopsie du col au moindre doute et une hystérogaphie pour juger de l'état du corps utérin. La découverte de toute lésion entraînerait un traitement qui primerait sur celui du prolapsus.

Ce bilan a été réalisé pour toutes les patientes avant de pratiquer les interventions que nous allons décrire maintenant. Ce sont :

- la périnéorrhaphie antérieure.
- l'opération de Manchester
- Les interpositions vesico-vaginales du corps ou plus rarement du col utérin
- Les hystérectomies et colpo-hystérectomies vaginales
- Les suspensions moins fréquemment utilisées dans cette statistique, qu'ils s'agissent ;
 - de la fixation au disque L5-S1
 - de "Hamac" par apport de substance étrangère.
- Enfin le traitement particulier de l'élytrocèle.

Il n'est pas dans nos intentions de reprendre les techniques propres à chaque intervention, mais de signaler pour chaque type ce que l'équipe chirurgicale apporte ou fait tout particulièrement.

Quelques précisions d'ensemble sont tout d'abord nécessaires sur certains principes qui ont été adoptés dans le service.

1°) Le temps postérieur avec myorrhaphie des muscles releveurs a été systématiquement pratiquée au cours de chaque intervention, quelque soit l'impression clinique qui d'ailleurs le rendait souhaitable le plus souvent : soit qu'il existe une colpocèle postérieure ou une rectocèle, soit qu'au cours de l'examen les muscles releveurs, notamment du côté gauche, paraissaient atones, voire même disparus. Cette remise en tension des releveurs assurant un plancher et un coin perineal solide nous a semblé indispensable.

2°) La dissection du fascia d'halban, d'épaisseur variable mais toujours retrouvée à la face profonde du vagin dans sa partie haute dans la région latéro-urethrale et sous vesicale a toujours été pratiquée. Sa suture isolée doublant en profondeur celle du vagin et ajoutant un plan fibreux supplémentaire permet à notre avis une sclerose sous vésicale plus importante. Tout acte portant sur l'étage antérieur a comporté ce double plan de suture.

3°) L'amputation du col a été largement utilisée sans qu'elle fut systématique. Deux raisons essentiellement l'on fait pratiquer :

- l'existence même légère d'un allongement atrophique ou hypertrophique.
- la découverte de lésion du col même benigne (infection surtout).

Reprenons désormais les interventions citées plus haut :

1) La perineorrhaphie antérieure : 123 cas soit 24 % dont 14 fois associées à une Pexie au disque L5 S1. Outre la dissection du fascia d'Halban après incision vaginale en T renversé de Crossen, la perineorrhaphie antérieure est complétée, qu'il existe ou non une incontinence, de l'opération de Marion. Elle consiste à prendre plus ou moins largement de chaque côté de l'urethre, les tissus juxta-urethraux jusqu'aux muscles

ischio-clitoridiens, et de les rapprocher sans trop serrer les fils pour éviter de ne pas arracher les prises. L'importance des prises conditionne le degré de suspension du col vesical par voie basse. Nous verrons en analysant les résultats ce qu'il faut penser de ce type d'intervention lorsqu'existe une incontinence.

2) Les interpositions vesico-vaginales : 96 cas soit 18 %

dont 85 interpositions du corps

11 interpositions du col (Prolapsus après hystérectomie sub-totale).

Le but de cette intervention est de corriger une cystocèle importante par bascule du corps ou du col utérin formant une pelote sous-vesicale. Elles ont été réalisées uniquement chez des femmes ménopausées ou en pré-ménopause mais alors associées à une ligature des trompes car on ne peut accepter une chance de grossesse, si minime soit elle, sur une interposition.

Le volume utérin apprécié cliniquement doit être ni trop gros ni trop petit et surtout doit pouvoir basculer c'est dire qu'on devra rechercher l'absence d'antécédents particuliers, à type de pelvi-péritonite notamment, dont les adhérences sequelles empêcheraient la réalisation. C'est en fait souvent seulement au cours de l'acte lui même que la décision pourra être prise.

La solidité et la permanence du montage sont assurées par les points particuliers suivants :

- Fixation du péritoine vesical (aux fils non résorbables) le plus bas possible sur la face postérieure de l'utérus, plus exactement au niveau des ligaments utéro-sacrés qui seront pris dans la suture par un point en X réalisant à la fois une mise en tension de ces ligaments et l'amarrage de la vessie à la région la plus solide et la plus fixe du système.

- Maintien du corps utérin dans la position recherchée par deux points en X au catgut chromé fixant chaque corne utérine aux tissus

résistants latéro-vaginaux formés par les faisceaux pubo-rectaux des releveurs de l'anوس et l'aponevrose moyenne du périnée. Ainsi est bloquée la pelote sous-vesicale.

- Enfin les lambeaux latéraux du vagin et le facia d'Halban, lorsqu'il est suffisamment conséquent, sont rabattus et suturés sous l'utérus ; la colpectomie ayant été faite à la demande.

Si nous nous sommes permis d'insister un peu plus longuement sur ce type d'intervention, c'est qu'elle est dans le service largement utilisée pour le traitement de la cystocèle comme en témoigne le pourcentage de 18 % plus élevé que le chiffre moyen généralement admis.

3) L'opération de Manchester : 68 cas soit 13 %

Sa technique est bien connue associant :

- Une perineorrhaphie antérieure
- Une amputation du col utérin avec son recouvrement par les points de Sturmdorff.
- Une myorrhaphie des releveurs.

A ces 3 temps de la description principale, il a été ajouté une transposition des ligaments cardinaux et des ligaments utéro-sacrés, fixés en avant du moignon cervical aux fils non résorbables, après les avoir dissequés, sectionnés, voire raccourcis. Certes la valeur de ces ligaments reste diversement appréciée pourtant leur rôle dans la statique pelvienne apparaît à l'évidence lorsque par exemple dans une hystérectomie totale par voie abdominale leur section entraîne une montée nette et facile de l'utérus simplifiant la tâche du chirurgien pour terminer l'intervention.

4) Les Hystérectomies vaginales : 29 cas soit 5 %

Les colpohystérectomies 121 cas soit 24 %, dont 9 cas de colpocervicectomie (prolapsus exteriorisé après hystérectomie sub-totale).

C'est au delà de la soixantaine, le type d'intervention le plus fréquemment réalisé chez ces femmes venant consulter pour des prolapsus exteriorisés. Chirurgie d'exérèse elle ne nécessite pas moins une

reconstitution soigneuse du plancher perineal pour laquelle devront être utilisés, bien que déficients, les moyens de sustentation habituelle associés à une colpectomie plus ou moins poussée. C'est sur cette deuxième partie de l'intervention, le temps réparateur que nous voudrions nous étendre maintenant. Son but est de reconstituer un "Hamac" sous peritoneal, suffisamment solide, pour empêcher une descente ultérieure de la vessie et de l'urethre, voire des parois et du fond vaginal en cas d'hystérectomie vaginale isolée. Pedicules annexiels et ligaments ronds d'une part, ligaments utero-sacrés d'autre part seront les éléments de base de ce plancher artificiellement créé en deux plans :

1er plan : Suture médiane des ligaments ronds et des pédicules annexiels.

2ème plan: Suture médiane des utero-sacrés dont l'extrémité antérieure est fixée sous la branche ischio-pubienne homolatérale ou la partie antérieure du muscle releveur correspondant. Ces deux ligaments, s'ils sont suffisamment longs, peuvent être croisés, solidarisés à leur intersection et fixés sur la branche contre-latérale. Enfin on ne manquera pas d'amarrer le fond vaginal le plus haut possible sur le plan que constituent les utero-sacrés.

En cas de colpectomie associée, réalisant les colpohystérectomies, la résection vaginale sera plus ou moins poussée : soit sub-totale, type Rouhier, soit totale en interposant entre la vessie et le rectum, à la manière de Labarht, un plan créé par l'accollement d'arrière en avant des muscles releveurs doublés des muscles superficiels et espérant ainsi diminuer le risque d'incontinence post-opératoire qu'un accolement vesicorectal pourrait faire craindre.

5) Les suspensions

Promonto-fixation : 36 cas soit 6 % dont :

19 associés à une perineorrhaphie antérieure

2 associés à une opération de Manchester

12 isolés :

6 Hystéroptose seule

4 suspensions du col restant après Hystérectomie sub-totale.

2 suspensions du moignon vaginal après Hystérectomie totale.

Ces suspensions sont réalisées au fils non résorbables - nylon 3 - fixant en sous peritoneal la région isthmique, où le col restant où alors le moignon vaginal, au disque L5 S1. La fixation posterieure doit être superficielle au ligament anterieur prevertebral plus qu'au disque proprement dit pour éviter des discites secondaires aux lombalgies souvent rebelles dont il est difficile d'ailleurs, de rapporter à la fixation elle même, où plus fréquemment à une arthrose vertébrale que l'on ne manquera pas de rechercher avant de décider de l'intervention. Le point de fixation inferieur ne devra en aucun cas être transfixiant source d'infection secondaire,

Enfin il reste 3 cas où la promonto-fixation n'était que l'élément posterieur d'un hamac total, ce qui nous amène à parler de la :

Suspension par apport de substance étrangère ou hamac

16 cas soit 3 % dont :

5 cas après Hysterectomie sub-totale

4 cas après Hysterectomie totale.

3 cas pour récidives.

4 cas chez des femmes jeunes avant 45 ans.

2 pour Cystocèle isolée très importante

2 pour Prolapsus des étages antérieur et moyen.

Rarement ce furent des hamacs complets (3cas), en général il s'agissait de hamacs antérieurs pour corriger une cystocèle majeure, réalisant un soutienement par fixation latérale aux branches ischio-pubiennes où aux ligaments de Cooper associés à une fronde cervicale créant une suspension du col vesical. Plus que la technique de mise en place du hamac - dont la proportion reste faible dans cette statistique, c'est sur la substance utilisée que nous voudrions insister. Il s'agit de "peau au cialit", c'est à dire de peau prelevée sur le cadavre et placée pendant 15 Jours dans une solution à 1 pour 5000 d'un dérivé mercuriel (Le Cialit). Ce matériel est largement utilisé par les orthopedistes, notamment dans le service du Pr. Judet, où une étude approfondie a permis de le retenir en fonction de ces différents caractères.

- La possibilité d'une rehabitation vasculaire comme pour la peau fraiche mais avec un délai un peu supérieur.

- L'existence d'un cal conjonctif unitif envahissant la suture de la peau elle-même et se développant autour des bourgeons vasculaires réhabitant la peau.
- L'intégration dans l'économie tissulaire ne le faisant pas considérer comme un corps étranger.
- La persistance de qualités mécaniques très satisfaisantes, comme la résistance considérable à la rupture, l'allongement important à la traction, mais qui se produit pour des tractions faibles d'où la possibilité de supprimer la majeure partie de ce "pretant" en tendant fortement la peau avant usage. En fait cet élément a moins d'importance dans le rôle de soutien demandé au matériel pour la cure des prolapsus car les forces exercées n'ont rien de comparable à celles demandées à un ligament ou un tendon.

Enfin et peut être surtout la fréquence des accidents d'intolérance et des complications septiques est apparue faible - 6 % au lieu de 13 %, sur 180 observations dans le service du Pr. Judet à Garches. Pour notre part, nous n'avons pas retrouvé de tels accidents mais le nombre de cas rapporté est restreint, il est vrai. Ce matériel a donné toute satisfaction dans le service et l'on continue à l'utiliser régulièrement en matière de prolapsus chaque fois que l'indication s'impose.

Qu'il me soit permis ici de remercier l'équipe chirurgicale du Professeur Judet, notamment le Professeur agrégé Roy Camille qui m'a fourni les résultats de leur recherches et les éléments nécessaires à une meilleure connaissance de ce matériel qu'est "la peau au cialit".

6) Cure d'elytrocèle : 17 cas soit 3 %

Qu'elles soient isolées ou associées. Peu de chose à dire ; la technique employée est celle classiquement admise, à deux équipes si possibles, associant une dissection et résection du sac herniaire à une douglasséctomie.

Pour conclure ce chapitre sur les techniques chirurgicales utilisées, nous aimerions donner le chiffre des cas ayant justifié en opératoire une compensation de la masse sanguine par transfusion :

- 270 fois soit une intervention sur deux. Ce chiffre parle de lui-même et rend compte de la prudence aussi que de la bonne préparation de toute femme devant subir une cure chirurgicale de prolapsus.

REPARTITION STATISTIQUE

AVANT 45 ANS

Nombre total de Prolapsus : 86

<u>RECTOCELES</u>	11 (4 isolés)	Périné postérieur	11
<u>PROLAPSUS UTERIN PUR</u>	11	Opération de Manchester	10
(Dont 9 allongement du col)		Amputation du col	1
<u>PROLAPSUS UTERIN ASSOCIE</u>	20	Opération de Manchester	8
		Promonto-fixation + Périnée vaginale antérieure	8
		Hysterectomie vaginal	1
		Promonto-fixation + hyste- rectomie sub.	1
		Hamac avec Cericocystopexie	2
<u>COLPOCYTOCELES</u>	48	Hamac avec cervicocystopexie	1
Récidive	2	Promonto-fixation + hysterec- tomie sub.	1
Après Hysterectomie totale	1	Perinearrophié antérieure	1
après Hysterectomie sub-		Interposition du col	1
totale	2	Perinearrophié antérieure	1
Reste	43	Opération de Manchester	15
		Perinearrophié antérieure	24
		Interposition du corps	2
		Hysterectomie totale	2

DE 45 ANS A 60 ANS

Nombre total de Prolapsus : 203

<u>RECTOCELES</u>	13 (5 isolés)	Périné postérieur	13
-------------------	---------------	-------------------	----

<u>ELYTROCELES</u>	8 (1 isolé)	Cure elytrocèle	8
--------------------	-------------	-----------------	---

PROLAPSUS UTERIN FUR 12

Dont allongement du col	5	Amputation Col	5
Reste	7	Suspension L5 S1	2
		Hyst. Vaginale	3
		Opération de Manchester	1
		Périné périnearrophie antérieur	1

PROLAPSUS UTERIN ASSOCIE 73

colpohysterectomie	10
Opération de Manchester	14
Hamac + disque	3
Interposition) Col	2
) Corps	9
Hysterectomie vaginale	15
Perinoarraphie ant. + Disque	14
Perinoarraphie antérieure	3
Hysterectomie sub. + Disque	2
Hamac avec cericocystopexie	1

COLPOCYS TOCELES : 112

Après hysterectomie sub-		Interposition du col	6
totale	22	Hamac avec cericocystopexie	1
		Hamac + Disque	4
		Colpocervicectomy	2
		Perinoarraphie antérieure	4
		Promonto-fixation	4
		Lefort	1

Après hystérectomie totale	4	Colpectomie	3
		Hamac + Disque	1
Récidives	9	Colpohystérectomie	2
		Perineorraphie antérieure + disque	3
		Opération de Manchester	3
		Perineorraphie antérieure	1
Reste	77	Hystérectomie totale (fibrome)	3
		Interposition corps	33
		Perineorraphie antérieure	36
		Opération de Manchester	5

DE 60 ANS A 70 ANS

Nombre total de Prolapsus : 143

<u>RECTOCELES</u>	10 (7 isolés)	périné postérieur	10
<u>ELYTROCELES</u>	6 (2 isolés)	Cure Elythrocele	6
<u>PROLAPSUS UTERIN PUR</u>	4		
Après Hystérectomie sub-totale	1	Suspenseion Disque Ls 5	1
Allongement du Col.	1	Amputation du Col	1
Reste	2	Hystérectomie Vaginale	1
		Perineorrhaphie antérieure	1
<u>PROLAPSUS UTERIN ASSOCIE</u>	65		
		Hystérectomie Vaginale	7
		Opération de Manchester	10
		Colpohystérectomie	32
		Interposition du corps	6
		Perineorrhaphie antérieure	6
		Suspension Disque	3
		Hystérectomie sub-totale + disque	1
<u>COLPOCYSTOCELES</u>	66		
Après Hystérectomie sub-totale	7	Colpocervicectomie	4
		Interposition du Col	2
		Perineorrhaphie antérieure	1
Après Hystérectomie totale	4	Hamac + Disque L5 S1	3
		Colpectomie	1
Récidives	4	Opération de Manchester	1
		Perineorrhaphie antérieure	1
		Hamac + Disque	2
Reste	51	Interposition du corps	25
		Opération de Manchester	7
		Perineorrhaphie antérieure	19

APRES 70 ANS

Nombre total de Prolapsus : 105

<u>RECTOCELE Pure</u>	1	Periné postérieur	1
<u>ELYTROCELES</u> 3 (isolés)		Cure d'Elythrocele	3
<u>COLPOCYSTOCELES</u>	18	Interposition du corps	10
		Opération de Manchester	2
		Perineorrhaphie antérieure	3
Après hystérectomie totale	3	Colpectomie	3
<u>PROLAPSUS UTERIN ASSOCIES</u>	83		
Après hystérectomie sub-		Cervicolpectomie	3
totale	3		
Récidive	3	Colpohystérectomie	3
RESTE	77	Colpohystérectomie	65
		Hystérectomie Vaginale	2
		Opération de Manchester	2
		Perineorrhaphie antérieure	8

RESULTATS STATISTIQUES

Si l'élément "temps" paraît indispensable pour juger de la valeur de l'acte chirurgical pratiqué, il nous a paru utile pourtant, d'ajouter dans ce chapitre les résultats immédiats qui correspondent aux complications post-opératoires : certes elles sont peu fréquentes et exceptionnellement rares, mais l'existence de formes fatales ne doit pas être ignoré du chirurgien dans sa décision d'intervenir pour une affection qui en elle même n e met pas en jeu le pronostic vital.

1- Les résultats immédiats :

Ce sont donc toutes les complications survenues en cours d'hospitalisation - en rapport direct avec l'opération -. Bien entendu la statistique porte sur les 537 cas du prolapsus étudiés. On peut rapporter :

3 décès survenus après colpohystérectomie chez des femmes ayant plus de 70 ans. Leur cause étant différente chaque fois :

- une embolie pulmonaire foudroyante au 3ème jour.
- Un accident vasculaire cérébral avec hémiplegie et coma ayant nécessité le transfert dans un centre de neurologie où la patiente devait décéder au bout de quelques jours.
- Une péritonite septique enfin par rupture dans la cavité abdominale d'un hématome infecté sous-péritonéal.

19 accidents vasculaires des membres inférieurs qu'ils s'agissent de phlébite confirmée où débutante, avec des signes cliniques suffisamment parlant pour justifier une thérapeutique anti-coagulante héparinique. Dans tous ces cas, les suites ont été rapidement satisfaisantes.

2 embolies pulmonaires ayant évoluées favorablement.

1 foyer pulmonaire infectieux dont l'antibiothérapie permit une disparition rapide des symptômes cliniques et radiologiques.

Enfin des complications disons "périnéales" qu'ont nécessité un temps d'hospitalisation plus prolongé, qu'il s'agisse :

- d'hémorragies vaginales (3 ayant nécessité un mèche)
- d'hématome constitué (15 s'évacuant spontanément le plus souvent par les voies naturelles vers le 10ème-12ème jour).

L'incidence de ces complications "périnéales" sur le résultat anatomique final reste à prouver. Trois patientes seulement ont été revues avec un délai suffisant - deux ne présentaient aucune récurrence et avaient un résultat excellent, la troisième était incontinente.

Ainsi donc le pourcentage de ces complications post-opératoires s'élèvent à 8,5 % avec un taux de mortalité de 0,5 %.

2 - LES RESULTATS A DISTANCE

Ce sont les seuls valables pour apprécier la valeur de l'intervention pratiquée. Le terme "à distance" signifie que le délai après l'acte chirurgical est toujours supérieur à 1 an et bien souvent s'étend sur plusieurs années. Toutes les femmes opérées ont été convoquées et examinées par ceux-là même qui avaient pratiqués l'opération. Bien entendu nous ne mentionerons ici que les cas ne nous ayant pas donné entièrement satisfaction.

Ainsi 152 femmes se sont présentées à la consultation - soit un peu plus du quart -. Ce chiffre qui peut paraître bas s'explique fort bien étant donné l'âge moyen 55 - 60 ans des opérées et le délai de 10 ans sur lequel a porté la statistique : 4 causes justifient ce nombre de 152 :

- décès par affection médicale intercurrentes.
- Infirmité ou vieillissement empêchant les patientes de se déplacer
- Leur changement d'adresse
- Refus de répondre à la convocation.

Nous envisageons les résultats en fonction de différents actes chirurgicaux qui ont été réalisés.

PERINEORRAPHIE ANTERIEUR : 31 cas

1 échec total : récurrence de la cystocèle et du prolapsus utérin associé

Il s'agissait d'une femme de 78 ans dont l'état général très déficient avait fait rejeter l'intervention une première fois. La gêne fonctionnelle grandissante a fait opter pour un acte rapide aussi peu traumatissant que possible. Ce qui explique la tentative mais aussi l'échec car pour aller vite on n'a pas pu poser l'indication qui s'imposait : une colporhystérectomie.

2 récurrences de la colporhystocèle initiale isolée.

3 échecs partiels 2 sous forme d'allongement hypertrophique du col.
1 sous forme de rectocèle.

5 incontinences du 1er, 2ème degré.

MANCHESTER : 19 cas

3 incontinences d'effort du 1er, 2ème degré
1 récurrence postérieure sous forme de rectocèle

INTERPOSITIONS VESICO-VAGINAL : 33 cas.

1 Echec partiel : allongement secondaire du col.

2 récurrences de la cystocèle par luxation inférieure et postérieure. du corps utérin qui dès lors ne soutenait plus la vessie, expliquant ainsi la chute secondaire de celle-ci.

Ces deux cas furent repris avec succès dans un second temps par mise en place d'une bandelette de peau au cialit fixée latéralement aux ligaments des Cooper.

4 incontinences d'effort du 1er, 2ème degré.

COLPCHYSTERECTOMIES : 46 cas

4 échecs : survenus après colpohystérectomie sub-totale type Rouhier. Ils sont constitués par une chute de l'étage antérieur du périnée sous forme de colpocystocèle récidivante.

13 incontinences d'urine dont 6 n'avaient pas été trouvées lors de l'interrogatoire pré-opératoire, et que l'on peut donc considérer comme avoir été créées par l'intervention elle-même. L'intensité de ces incontinences se répartit ainsi :

6 incontinences totales stade 3

7 incontinences stade 1 - 2

SUSPENSIONS : 14 cas

Aucune récidive

1 incontinence stade 1, après hamac antérieur avec fronde vésicale, correspondant à une suspension insuffisante du col vésical et posant le problème de la difficulté du degré de serrage de fils antérieurs.

1 séquelle douloureuse à type de lombalgies rebelles après promonto fixation.

INTERVENTIONS AYANT PORTE SUR L'ETAGE PERINEAL POSTERIEUR

9 cas - sans échec

INCONTINENCES D'URINES ASSOCIEES AU PROLAPSUS

97 cas, soit 18 %

Certes toutes les femmes n'ont pas répondu à notre convocation mais pour juger du résultat chirurgical de l'incontinence il n'est point besoin d'un grand délai de temps. Aussi donnerons nous les chiffres que nous avons trouvé sur les observations et qui correspondent à la visite post-opératoire soit de 1 à 3 mois après l'intervention. 97 fois, un traitement particulier fut associé à la cure du prolapsus pour traiter une incontinence d'urines. Il consiste :

77 fois en une opération de Marion
 6 fois en une opération de Perrin
 14 fois en une opération de Delinotte.

On devait enregistrer 14 échecs soit un pourcentage de 3,5 % par rapport au nombre total de prolapsus opérés dont 1,5 % représentent le pourcentage d'incontinence secondairement apparue après la cure chirurgicale du prolapsus.

En dehors de ces 97 cas nous voudrions ici résumer du point de vue urinaire les résultats observés chez les 152 femmes que nous avons revues :

- 6 femmes présentaient une incontinence vraie, totale type 3, qui n'existait pas avant l'intervention. Dans tous les cas il s'agissait de prolapsus totaux survenant chez les sujets âgés pour lesquels une colpo-hysterectomie avait été pratiquée.

- 20 femmes signalaient au cours de l'interrogatoire des fuites urinaires transitoires, correspondant au stade 1-2, sans pour cela entraîner une gêne fonctionnelle importante puisque toutes les patientes paraissaient très satisfaites du résultat opératoire. En matière de prolapsus la "descente d'organe" semble le souci majeure des femmes, des troubles urinaires partiels non constants ne paraissent pas chez elles devoir contrarier le succès thérapeutique. Ainsi apparaît le difficile problème des incontinenances d'urines en particulier lorsqu'il s'agit des formes mineures où l'exigence du chirurgien semble supérieure à celle de ses clientes....

CONCLUSIONS

De l'analyse de cette statistique on peut dégager les notions suivantes :

1 - La nature "classique" des interventions pratiquées

537 cas ont été étudiés :

- 86 cas avant 45 ans
- 203 cas de 45 à 60 ans
- 143 cas de 60 à 70 ans
- 105 cas au delà de 70 ans.

pour lesquels les interventions réalisées se répartissent de la façon suivante :

123 périnéorraphies antérieures soit 24 %
68 opérations de Manchester soit 13 %
29 Hysterectomies vaginales soit 5 %
121 Colpohysterectomies soit 24 %, dont 9 cas de colpocervicectomie.
96 interpositions vesico-vaginales soit 18 %
dont 85 interpositions du corps
dont 11 interpositions du col (prolapsus après hysterectomie
sub-totale)
36 Promonto-fixations soit 6 %
16 Suspensions par "peau au cialit" ou "hamar" soit 3 %
Reste divers 7 % pour : cure d'elytrocèle
colpectomie
cloisonnement du vagin

Dans tous les cas une myorraphie des releveurs a été pratiquée.

2 - La qualité des résultats

La fréquence des complications post-opératoires s'élève à 8,5 % dont 3 décès.

La fréquence des récidives, après un délai minimum d'un an, pour les 152 femmes ayant bien voulu répondre à notre convocation s'élève à 13, soit 8 %.

Ainsi apparait la valeur des interventions classiques. Encore faut-il souligner la difficulté de telles interventions, nécessitant pour être efficaces une certaine habitude de la chirurgie des prolapsus, car si le chirurgien possède tous les éléments pour assurer un montage solide, encore doit-il savoir les isoler, les disséquer et les utiliser. N'est-ce pas l'expérience nécessaire à toute chirurgie réparatrice ?

3 - Le problème des incontinences d'urines

Facile à résoudre devant des incontinences vraies, franches du type 3 - où la gêne fonctionnelle est suffisamment grande pour les faire avouer spontanément ou déceler rapidement par l'interrogatoire. Dans 97 cas elles furent retrouvées et traitées par un temps particulier au cours de la cure du prolapsus avec un nombre d'échecs s'élevant à 14 soit un pourcentage de 3,5 % par rapport au nombre total des prolapsus opérés.

Toute la difficulté réside dans les formes mineures, partielles, souvent transitoire, généralement admises comme naturelles par les femmes et bien supportées, rendant l'interrogatoire difficile sans que souvent l'on puisse à son terme dire s'il existe ou non une incontinence. Ces cas sont les plus nombreux et justifient, semble-t-il, lors de toute cure de prolapsus un temps particulier dans le traitement d'une incontinence éventuelle. Deux conditions nous semblent cependant nécessaires : il faut que l'interrogatoire laisse un doute sur la continence urinaire, il faut que la prolongation de la durée de l'intervention et le temps supplémentaire proposé n'entraînent en aucun cas de risque démesuré avec le résultat espéré.

Vu le Président de Thèse
LEPAGE

Vu le Doyen de la Faculté
G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris
G. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ABOULKER P.

L'incontinence d'urine à l'effort chez la femme
Presse Méd. 72, n° 37, 12 sept. 1964

ALDRIDGE R.

Stress incontinence of urine
J.O.G.B.E. Oct. 52-59, pp 681-685

ALEKSANDROFF

Retroplexio-operation
Zentralblatt für Gynäkologie n° 25, 1903, p. 762

AMELINE A. - HUGUIER J. - SCALI P.

Présentation de documents et de films sur le prolapsus après
hystérectomie
Mém. Acad. Chir. 1957, 83, 757

AVERILL

Parturition following pelvic repair operations
A New Zealand Survey
J.O.G.B.E. Vol. LVII N° 3 Juil. 1955 p. 421

DE AZEVEDO

L'opération de Kielland dans le traitement des prolapsus génitaux.
Rev. Sud Américaine de Med. et de Chir. Tome II, n° 9 sept. 1931

BAILEY

Clinical investigations into-uterine prolapse with stress incontinence
Treatment by modified Manchester Colporaphy
J.O.G.B.E. Oct. 1958

BARAT

Prolapsus genital et fibrome utérin. Etude générale à propos de 65 observations
Thèse Paris 1960

BECK and NORA SHU

Relationship of urethral length and anterior wall relaxation to urinary stress incontinence
A.M.J.O.G. 89, n° 6, p. 738

BEJAT G. et MERGER R.

Prolapsus génitaux. Etude microscopique du col utérin.
Histologie, cytologie. Rapports avec le cancer. Pres. Méd. 16 Juin 1962, 70, n° 29, 1444-1446

BENSON

Surgical complications of vaginal hysterectomy
S.G.O. Mai 1958

BERKOW

Para uréthral fixation for stress incontinence
Obst. and Gyn. Janv. 1955

BETHOUX, BORY et HUGIER

La vessie contrainte de l'incontinence d'effort
Gyn. Obst. 1964, 63, 593

BETHOUX et BORY

Les mécanismes statiques viscéraux pelviens chez la femme à la manière de l'exploration fonctionnelle du dispositif en position debout.
Ann. de Chir. 9162, 11-12, 887, 916

BONNEY

On diurnal incontinence of urine in women
J.O.G.B.E. 1923, 30, 358

BORS

Simple sphincterometer
J. Urology (Baltimore) 1948, 60, 287-289

BRET J. et BARDIAUX M.

A propos de la promonto fixation
Rev. du Prat. 1964, XIV, 21, 3645

BROCQ P., HOUDARD Cl., WETTERWALD F.

Traitement chirurgical des élytrocèles.
J. Chir. 70, n° 12, Déc. 1954

CAMPBELL

Anatomy and histology of sacro-uterine ligaments
AM J.O.G. Janv. 1950 Greenhill 1950-1951

CAMPBELL

Stresse Incontinence
Urology, 2ème édition, p. 2140

CERBONNET G. et LOYGUE J.

Suspension au promontoire dans la cure des prolapsus rectaux et
génitaux.
Ann. de Chir. 1965, 19, 214

CIBERT et PERRIN

Traitement de l'incontinence d'urine orthostatique
Urologie Chirurgicale - Edition 1958, 396

COLDEFY J.M., BRUNET, FOURCADE C., BILDER A.

Soutenement total d'un double prolapsus utéro-vaginal et rectal par
hamac tendu du promontoire au pubis.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89, 586

CONGER ans Keettel

Manchester Fothergill operation, its place in Gynecology.
A.M.J.O.G. Sept. 58, vol. 76, n° 3

CONTAMIN, FERRIEUX et LORILLOU

L'hystérectomie vaginale avec périnéorrhaphie antérieure et posté-
rieure en deux plans.
R.F.G.O. Nov. 1961, 56, n° 11, 685-721

CORDIER et THOYEL-ROZAT

A propos de 100 cas d'hystérectomies vaginales
Pres. Méd. 24 Déc. 1955

COUNSELLER

Surgical correction of stress incontinence. Methods and Techniques.
J. Int. Coll. Surg. 1960, 24, 330

COUNSELLER and SYMMONDS

Vesico-urethral suspensions for urinary stress incontinence. Study of results in 82 patients
A.M.J.O.G. 1958, 75, 525-535

CROSSEN and CROSSEN

Operative gynecologie
C.V. Mosby St Louis 1943

DONALD and FRANKEL

Full thickness anterior colporrhaphy for correction of urianry stress incontinenece.
A.M.J.O.G. Déc. 58, Vol 76, n° 6

EINORNING

Simultaneous recording of intravesical and intra-urethral pressure.
Acta Chir. Scand. 1961 Suppl. 276

D'ESLARY

Devenir mécanique de la promonto-fixation des organes pelviens prolabés.
Thèse Paris 1962

FOTHERGILL W.E.

An opération for prolapse complicated by hypertrophy of the cervix.
The Journal of obstetrics and Gynaecologie of the British Empire. 1913, Vol. 24, p. 19-22

FOTHERGILL W.E.

A further modification of anterior colporrhaphy with amputation of the cervic. The Journal of Obsterics ans Gynaecology of the. British Empire Vol. 26, p. 29-31, 1914

FOTHERGILL W.E.

The ends results of vaginal operation for genital prolapse.
The Journal of Obstetrics ans Gynaecology of the British Empire. 1921, Vol. 28, p. 251-254

FORTHERGILL W.E.

The development of vaginal opérations for genitale prolapse.
British Mecical Hournal 1926, Vol. I, p. 274

FUNCK-BRENTANO

Le problème de la cystocèle
Actualités gynécologiques de l'Hôpital BROCA - 1ère Série

GARDINER

Cineradiographie studies of female urinary continence.
AM.J.O.G. 1961, 82, 1112

GRANJON A. et CHEVALLIER G.

L'interposition vésico-vaginale de l'utérus.
Ann. de Chir. Sept. 1961, 15, n° 17-18, 1173-1178

GRANJON A. et PARENT B.

Prolapsus et l'incontinence d'urines
Gyn. Obst. 64, n° 2, p. 175-116

GRANJON A. et CHAVALLIER G.

L'amputation du col utérin. Indications, techniques et résultats.
Press. Med. n° 29, 16 juil. 1962 p. 1431-1433

GRANJON A., PHILIPPE et BEAU

Allongement et hypertrophie du col.
Pres. Med. n° 86, 25 déc. 1965, p. 1857-1839

GRASSET J.

La cystosphinctero-métrie.
Masson Paris 1964

GREENHILL J.P.

Surgical Gynecology
Year Book. Chicago 1952

HAWKORTH and ROUX

Vaginal hysterectomy
J.O.G.B.E. April 1958

HERVET E. et HUGIER J.

La chirurgie du col au cours du traitement des prolapsus génitaux.
Bull. Fed. Obst. 1961, 13, suppl. n° 1 bis, 51-60

HERVET et HUGIER

Les résections et amputations du col (en particulier pendant la cure
des prolapsus génitaux).
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1961, 13, Suppl. n° 1 bis 61-91

HILL E.C. et HOARG R.W.

Expérience with the Manchester operation
Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 104, Fev. 1957, n° 2
pp 167-176

JAMAIN B., LETESSIER A. et GRENET C.

Traitement de la rétroversion par Douglasséctomie et plicature des ligaments utéro-sacrés
Gyn. et Obs. 61, n° 2, 1962, pp 230-240

JEFFCOATE and ROBERTS

Stress incontinence of urine
J.O.G.B.E. 1952, 59, 685-697

JEFFCOATE

The results of the Aldridge sling operation for urinary stress incontinence.
J.O.G.B.E. 1956, 63-36

KEGEL

Stress incontinence of urine in women. Physiologic treatment
J. Int. Coll. Surg. Avril 1956, 25, 487-499

KRIGE

Repair of genital prolapses combined with the vaginal hysterectomy
J.O.G.B.E. Août 1962

LACHENY G.

Etude critique d'une série homogène de cinquante interpositions vésico-vaginales.
Thèse Paris 1963

LANGREDER

Das Parametrium
G. Thieme Ed. LEIP. 3 ig.

LANGREDER

Incontinence d'urines relative chez la femme.
Deutsche Med. WS Chr. 31 Janv. 1964, n° 89, n° 5, 220-223

LANGUEPIN, RETTORI, EPFELBAUM

Spondylo discite après suspension postérieure pour cure de prolapsus génital.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89, n° 7-8, 215-249

LEIBOVICI et YOVANOVITCH

La suspension haute de l'utérus est l'opération de choix dans le traitement des prolapsus génitaux rebelles.
Jour. de Med. de Paris, 20, 1, 1938

LEPAGE F. et De TOURRIS

Conceptions actuelles sur la miction de la femme.
Gyn. Obst. Janv. Mars, 1960

LOWRIE

Gynecology surgical techniques
Ch. C. Thomas, Edit. Springfield, Illinois

LOYGUE J.

A propos des spondylo-discites graves après fixation du col utérin
au promontoire
Mem. Acad. Chir. 1963, 89-405

MAGENDIE J., BOURSIER D., SANTENAG M.

L'amputation du col et ses associations. La triple opération
périnéale.
Assises Franç. de Gyn. Paris, Juil. 1954

MAGENDIE J., LANGE J. et LAMARCHE P.H.

Les troubles fonctionnels uréthro-vésicaux associés aux prolapsus
génital féminin.
XXème assises Franç. de Gyn. Masson Paris 1960

MAGENDIE J.

La triple opération périnéale dans le traitement du prolapsus géni-
tal.
Ann. de Chir. 29, n° 3, 18 mai 1953, pp 164-173

MALPAS P.

An intravaginal technic for the Manchester and the anterior colpor-
raphy operations.
The Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire, 48, n° 4,
Août 1941, pp 523-526

MALPAS P.

Genital prolapse and allied conditions
Harvey and Blythe Londres 1955

MALPAS P.

The choice of operation for genital prolapse.
Progress in Gynecology. Meigs and Sturgis ed. Grune et Stratton.
1957, 3, p. 663

MARCHETTI A.

The female bladder and urethra before and after correction for stress
incontinence.
A.M.J.O.C. 1949, 58, 1145

MARGHETTI A.

Urinary incontinence

J.A.M.A. 162, 13 66 - 13 68 8; Déc. 1956

MARION G.

Traité d'urologie

Masson Paris 1935

MATHIEU

Hystérectomie vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux

R.F.G.O. Nov. 1958

MEILLERE J.

Hystérectomie vaginale avec colpectomie totale dans la cure des prolapsus du 3ème degré chez la femme âgée.

Journée de Chir. Octobre 1962, 84, n° 4, pp 321-333

MERGER R.

Conduite à tenir devant un prolapsus génital

Concours Médical 6 Juin 1964, 86, n° 23, pp 3777-3778

MERGER P., LEVY J., MELCHIOR J.

Traitement chirurgical des prolapsus génitaux

Masson Paris 1964

MUELLNER S.R.

The nature of stress in urinary stress incontinence in women
S.G.O. 1962, 114, 568-572

MULVANY J.H.

Vésico-urethrolisis for urinary incontinence.

S.G.O. 1958, 107 pp 511-522

MUSSET R., COTTRELL M. et COHEN J.

Cure chirurgicale des déchirures obstétricales anciennes du périnée du 3ème degré avec incontinence sphinctérienne anale.

Jour. de Chir. Déc. 1963, 86, n° 6, pp 661-678

MUSSET R. et BARRAT R.

Fibromes utérins et prolapsus génitaux

Gyn. Obst. 62, 1963, 3, pp 337-354

MUSSET R.

Les indications thérapeutiques dans les prolapsus génitaux
Semaine des Hôpitaux 8 Juin 1964

NABRISKI S. and ZELOOF D.

The interposition operation for treatment of stress incontinence
with the prolapsus

J.O.G., B.E. 1962, 69, n° 3, 406-408

NEMIR A. and MIDDLETON R.P.

Stress incontinence in young nulliparous women, a statistical study.
A.M., J.O.G. 1954, 68, 1116

NEUHAUS L.

Über den Einfluss der Manchesteroperation und der einfachen Portio-
amputation mit Muttermundsplastik auf die Gestation.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 19, Oc. 1959, p 902

PALMER R.

La colporrhaphie antérieure et ses compléments.
Assises Françaises de Gynécologie. Paris Juil. 1954

PALMER R.

Technique détaillée de l'interposition vésico-vaginale de l'utérus
avec amputation du col.
7, 19 avril 1937, p. 108

PALMER R.

Le choix du procédé opératoire dans le traitement des prolapsus
génitaux,
Assises Françaises de Gynécologie Paris Juil. 1954

PALMER R.

Manométrie ~~urétéro~~-vésicale dans les troubles fonctionnels urétéro-
vésicaux en Gynécologie.
Masson et Cie Paris 1960

PARENT B.

L'incontinence d'urines du post-partum
Gyn. Obst. 1965, 64, n° 4, pp 529-540

PHANEUF L.E.

The surgical treatment of prolapses of the uterus and vagina. A
report of 730 personal operations.
Surgery, Gyn. and Obst. 77, n° 2, pp 209-213

PHANEUF L.E.

The management of prolapse of the uterus and vagina
Progress in Gyn. Meigs and Sturgis. Ed. 2, 1950, Grune et Stratton
Londres p. 655

PULSFORD

Technique de l'étude radiologique de la vessie et de l'urèthre chez la femme,

XXè Assises Françaises de Gyn. Masson Paris 1960

POILLEUX F., HOUDARD Cl., BAUBION P.

Observation de lombodiscite après promontofixation

Mem. Acad. Chir. 16 oct. 1957

POILLEUX F., HOUDARD Cl., BAUBION P.

Résultats et Indications Thérapeutiques des prolapsus génitaux après hystérectomie

Mem. Acad. Chir. 16 Oct. 1957

RANGE and WOODBURNE

The gross and microscopic anatomy of the transverse cervical ligament.
A.M.J.O.G. 90, n° 4, 460-467

RAVINA J.H.

Prevention et traitement du prolapsus du dome vaginal.

Pres. Med. 23 nov. 1961, n° 31, 1690

RENE L. et SUREAU G.

Place de l'interposition vésico-vaginale dans le traitement des prolapsus génitaux.

Pres. Méd. 72, n° 9, 22 Nov. 1964

RENE L. et LORD G.

Incidences orthopédiques des fixations au disque lombo-sacré

Mem. Acad. Chir. 1964, 18, 1072

RIVIERE M., CHASTRUSSE L., MORIN J.

Evolution de la grossesse chez les femmes ayant subi antérieurement une amputation du col.

Bull. de la Réd. 8, n° 4, p. 482

ROBERT H.G.

Principes du traitement des prolapsus génitaux.

Jour. de CHIR. 86, 1963, n° 1-2, pp 61-76

ROBERT H. et BOURY, HEYLER C.

Les prolapsus après hystérectomie. A propos de 26 observations personnelles.

Ann. de Chir. 1964, 18, 1072

ROGNON L.M.

A propos du traitement des cystocèles.
Pres. Méd. 1955, 65, 651

ROMAN C.

Récidives des prolapsus après intervention.
Rev. Franç. de Gyn. Obst. 1960, 55, 635

ROUHIER

Traitement des prolapsus utéro-vaginaux
Actualités Gyn. (I).

SCALI P.

Trois cas de grossesse après hystéropexie isthmique postérieur ou
promontoire.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Janv. Mars 1963, 15, n° 1, 48-52

SCHLOGEL G.

Les prolapsus génitaux, étude clinique et proposition de tactique
opératoire d'après 316 dossiers.
Thèse Paris 1963

SHAW W.F.

The Manchester operation for genital prolapse.
The Journal of Obst. and Gyn. of the British Empire 54, n° 5,
Oct. 1947, pp 632-635

SHAW W.F.

The operation treatment of genital prolapse
In "modern Trends in Obs. and Gyn. Kenneth Bowes". Londres 1950

SHIRODKAR

Réorientation de nos idées sur l'anatomie des ligaments de l'utérus
et nouvelles techniques opératoires pour le traitement des prolapsus
utérins.
R.E.G.O. 1954, 49, 332

SICARD A. et COUDERC M.

Spondylo-discite grave après fixation du col utérin au promontoire.
Mem. Acad. Chir. 1963, 39, 258

SOLOMONS E.

The cure of uterine prolapse with special reference to the Manchester
operation.
Am. Jour. Of Obst. and Gyn. 70, n° 3, sept. 1955, pp 514-520

SPALDING A.B.

A study of frozen sections of the pelvis with description of an operation for pelvic prolapse.
Surgery, Gyn. and Obst. 29, 1919, p. 259

SPEIRS

The abdominal approach for repair of a cystocèle
S.G.O. 1956, 102-245

STURMDORFF A.

Tracheloplastic methods and results. A clinical study based upon the physiology of the mesometrium
Surgery, Gyn. and Obst. 12, n° 1, pp 93-104

SUREAU CL. et RAVINA J.H.

Technique chirurgicale en images. Prolapsus génitaux.
Pres. Med. 1963, 73, 337

SVENNERUND S.

Risk of abortion after amputation of uterine cervix.
Acta obstetrica et gynecologica scandinavica 38, Supp. p 105-107

SVENNERUND S.

Prolapse of uterus and vagina
Review of 539 cases.
Acta obst. et Gyn. Scandinavica 37, 1958, p. 416

TARANTO E.

Traitement intégral des fascias dans la cure chirurgicale des prolapsus génitaux.
Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst. 1954, n° 7-8, p. 196-210

TE LINDE R.W.

Operative Gynecology 2
2ème Edition Lippincot Cie Montréal

THE LINDE R.W.E.

The urethral sling operation
Clin. Obst. Gyn. 1963, 205-219

TOUPET A.

A propos des spondylo-discites après suspension pour cure de prolapsus génital.
Mem. Acad. Chir. 1963, 89-278

VIALLE P.

Du rôle de l'amputation du col dans la chirurgie du prolapsus
Mem. Acad. Chir. 22 Juin 1965

VERNET G.

Physiologie de la miction
Urologie 1959, 26, 113, 123

YOUSSEF A.F.

Sphincter incontinence of urine in the female.
Acta obst. Gyn. Scand. 36, 1957, 439-458

YOUSSEF A.F.

Gynecological Urology
C.C. Thomas Edit. Springfield 1960

ZILLIACUS H.

Vaginal hysterectomy
Act. Obst. Gyn. Scand. 47, 66-76 1968

TIMONEN S.

Operative treatment of Genital prolapse
Ann. Chir. Gyn. 56, suppl. 153, 3, 1967

GEORGHIU N.

Treatment of genital prolapse by Hystero-ligamento-parietopexy
Gyn. Obst.(Paris) 66, 333-8, Juin 1967

CONTAMIN R.

Hysterectomie vaginale avec formation d'une cloison vaginale trans-
versale dans le traitement des prolapsus genitaux des femmes âgées.
Rev. Franc. Gyn. et Obst. 61, 891-907 Déc. 66

MURRI

Interposition vesico-vaginale de Wertheim-Shawta dans le traitement
des prolapsus uterins des femmes présentant une incontinence
urinaire.
Rev. Ital. Gyn. 50, 858-72 Décembre 66

MAC FOYDEN

Utero-vaginal prolapse
News Times 65, 204-6 Feb. 69

ROSS

Vaginal prolapse and stress urinary incontinence
W. Virginia Med. 65, 77-9 March. 69

SHINAGAWA

Expérience in the treatment of 52 cases of vesico-uterin prolapse
by means of vaginopexy to Cooper's ligaments.
Sanfyin Jissai 17, 897-902 Oct. 68

DARMAILLARQ R.

Indications pour les opérations par voie combinée dans le traitement
des prolapsus
Mem. Acad. Chir. Paris, 94, 646-53 Oct. 68

TANFERNA

Ethio-pathogenetic considerations and surgical treatment of recur-
rences of utero-vaginal prolapse and urinary incontinence
Arch. Sur. Med. (Torino) 125, 587-96 Nov. 68



